16

REMARQUES SUR L'ÉVOLUTION ET LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS CANCÉREUSES DU REIN

PAR

M. LE PROFESSEUR GUYON

Extrait des *Annales des Maladies des organes génito-urinaires* du mois de Janvier 1900

PARIS
TYPOGRAPHIE CHAMEROT ET RENOUARD
19 RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

1900

REMARQUES SUR L'ÉVOLUTION

ET LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS CANCÉREUSES DU REIN

REMARQUES SUR L'ÉVOLUTION

ET LE DIAGNOSTIC

DES

UMEURS CANCÉREUSES DU REIN

PAR

M. LE PROFESSEUR GUYON

Extrait des *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*
du mois de Janvier 1900

PARIS
TYPOGRAPHIE CHAMEROT ET RENOUARD
19 RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

1900

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30598266

REMARQUES SUR L'ÉVOLUTION ET LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS CANCÉREUSES DU REIN

Notre pouvoir sur le cancer est encore limité. Cependant, les progrès de la technique chirurgicale invitent de plus en plus à l'intervention, et, dans l'espèce, nous avons vu au cours de ces dernières années s'abaisser progressivement, et dans les plus notables proportions, la mortalité opératoire des néphrectomies pratiquées pour les tumeurs cancéreuses du rein. Nous ne savons si ces attaques heureuses modifieront l'avenir des opérés, et si la trêve qui suit la guérison du moment sera plus tardivement dénoncée par les récidives. Il est vraisemblable que nous ne verrons se produire de métamorphoses, dans les résultats éloignés du traitement chirurgical du cancer, que lorsque nous ignorerons moins sa nature. Mais en attendant qu'elle nous soit dévoilée, la clinique nous met à même d'appliquer, dans les conditions voulues par la pratique, nos ressources opératoires ; elle met à notre disposition les éléments qui permettent de trouver « le point de décision », et de faire, à propos, abandon ou usage de notre droit, bien établi, d'opérer quand il le faut.

Les faits que le hasard met à notre disposition doivent donc être soigneusement étudiés à ce point de vue, et surtout, quand ils se présentent, comme il arrive en ce moment, par groupe. C'est pourquoi je viens aujourd'hui analyser les trois cas de tumeurs cancéreuses du rein, actuellement en observation dans nos salles. Bien qu'il s'agisse d'un affection similaire, chacun d'eux a, nous le verrons, sa caractéristique. Ces différences dans une même série d'espèces morbides justifient la nécessité d'étudier, « dans leurs détails personnels », la maladie et le malade. Nous devons, aussi bien, nous attacher à mettre en lumière les ressemblances, qu'à bien noter les dissemblances; c'est le rôle de l'éducation clinique. Elle nous conduit à l'expérience par l'incessante comparaison des faits.

I

C'est, aux dates du 7, du 10 et du 14 décembre 1899, que sont entrés les malades dont nous avons à nous entretenir; deux hommes à la salle Velpeau, une femme à la salle Laugier. L'un des hommes a 70 ans, l'autre 51; la femme n'a que 35 ans.

L'homme de 70 ans a des urines sanglantes, un gros varicocèle à droite, et du même côté une énorme tumeur dans le flanc. Il nous dit qu'il y a quinze ans, il urina, pour la première fois, du sang. Cette hématurie dura huit jours et fut abondante, car il se forma des caillots, dont l'expulsion détermina des difficultés, des douleurs et de la fréquence de la miction.

Cette hématurie survint sans cause; elle avait succédé à un état entièrement normal et ne fut suivie d'aucune modification dans l'état local, ni dans l'état général. Trois années s'écoulèrent en pleine santé sans hématurie nouvelle, mais elles reparurent il y a douze ans, et, à compter de ce moment, les urines furent fréquemment mélangées de sang. Tous les six mois environ le malade

constata son apparition ; il ne s'en inquiéta guère, car pendant cette longue période, les hématuries n'eurent que peu de durée et d'abondance ; souvent elles ne se montrèrent que pendant quelques heures et ne furent jamais. accompagnées de douleurs, il ne perdait pas ses forces. Le 2 décembre dernier, le pissement de sang reparut, comme toujours sans cause appréciable et sans aucun trouble préalable dans la miction, mais il s'accompagna de vives douleurs. D'emblée la perte de sang fut abondante et le jour même de nombreux caillots allongés, minces et effilés aux extrémités furent expulsés ; les douleurs se calmèrent, mais l'hématurie persista. Elle dure encore le jour de son entrée (10 décembre) elle avait été suspendue la veille pendant plusieurs heures ; l'hématurie est totale, les urines sont fortement teintées sans caillots, et se décolorèrent graduellement pour revenir à la normale en trois ou quatre jours.

Le diagnostic fut aisément posé. Tout était significatif : l'évolution des hématuries obligeait à penser à un néoplasme de la vessie ou des reins, la forme des caillots disait leur provenance rénale, et le varicocèle invitait à explorer le rein droit, enfin le grand volume de la tumeur pérmettait au palper le plus simple d'en constater la présence. La main appliquée en avant sent une masse dure à surface assez régulière, elle la suit jusqu'au niveau de la fosse iliaque où elle ne s'engage pas, l'extrémité inférieure ne fait qu'y affleurer, l'extrémité supérieure se cache profondément sous les fausses côtes ; le bord externe s'appuie au flanc qui est rempli par la tumeur, et le bord interne facile à limiter est, dans une partie de son étendue, à trois travers de doigt de la ligne médiane, mais fournit un gros prolongement qui vient la rejoindre ; il semble que cette masse volumineuse soit surajoutée à la tumeur et puisse être due à une propagation du néoplasme dans les ganglions qui avoisinent le hile. La face postérieure est au contact de la région lombaire, dans une fort grande

étendue, et la percussion donne de la matité jusqu'à la dixième côte. En avant, on constate de la sonorité au niveau de la tumeur jusqu'au rebord costal. L'examen de l'urètre, de la prostate et de la vessie, de même que celui du rein opposé, ne donnent que des résultats négatifs. La santé générale n'a jamais été altérée, le teint est normal, l'embonpoint assez marqué, sans exagération, les muscles bien développés, les membres pleins, les forces assez grandes pour que le malade, qui n'a jamais cessé de travailler, ait pu continuer son métier de jardinier. Il venait à l'hôpital pour la seconde fois; lors de sa première hématurie, il séjourna quelques jours à l'hôpital de Vanves; préoccupé de l'importance de la dernière, des douleurs qui en avaient compliqué le début, et de sa persistance, il est venu à Necker, mais n'y a séjourné que jusqu'au 12 décembre. Il est sorti encore une fois guéri de son pissement de sang, en excellentes dispositions physiques et morales.

Le malade entré le 14 décembre se présente dans des conditions très différentes. Il n'a que 51 ans, il est pâle, bouffi, amaigri; ses hématuries n'ont débuté que depuis neuf mois, mais elles ont été abondantes, se sont reproduites à de courts intervalles et ont été accompagnées, à diverses reprises, d'accidents très douloureux. C'est, en particulier, en juin et dans une dernière et violente crise du 10 décembre, qu'ils se sont montrés; à forme vésicale au mois de juin, ils ont eu franchement une forme rénale en décembre, et, sans avoir l'intensité et la durée qu'ils viennent de présenter, ils se sont montrés sous cette même forme à diverses reprises. Leur symptomatologie a toujours été la même, excepté dans la crise de juin. A ce moment, le malade déjeunait et arrivait à la fin du repas, lorsqu'il fut pris subitement d'un violente envie d'uriner qu'il ne put satisfaire; la rétention ne prit fin qu'après des efforts prolongés et répétés, qui amenèrent l'expulsion de nombreux caillots dont plusieurs étaient longs, minces, effilés. En

décembre et à diverses reprises depuis juin, le malade éprouva toutes les douleurs de la colique néphrétique et, chaque fois, expulsa à leur suite des caillots de la nature de ceux qui se moulent dans l'uretère; il nous en apporte des échantillons typiques recueillis le 10 décembre. Ajoutons que c'est invariablement à droite qu'ont eu siège les crises, et que le syndrome néphrétique a été nettement et complètement accusé. Le 14 décembre, jour de l'entrée, les urines étaient encore sanglantes, mais ne contenaient pas de caillots, l'hématurie prit fin le 16 dans l'après-midi; le malade était sous l'influence d'un état fébrile intense (39°, 6) consécutif à de récentes explorations.

L'examen le plus attentif des régions rénales fut absolument négatif; aussi bien au moment de l'entrée du malade, que les jours suivants, nous ne pûmes les uns et les autres, en aucun moment, en aucune position, sentir les reins par la palpation.

Les crises douloureuses qui toujours avaient siégé à droite, nous indiquaient que la source de l'hématurie devait être dans le rein droit; mais, je le répète, la palpation la plus méthodique fut toujours négative.

Nous savions déjà que l'hématurie provenait du rein droit et que la vessie était en état normal. Ce malade nous avait consulté au cours d'une hématurie en septembre dernier, et la cystoscopie pratiquée à la consultation avait permis de constater que l'uretère droit donnait issue à de l'urine sanglante, tandis que l'uretère du côté opposé et la muqueuse vésicale ne présentaient que les caractères de l'état normal.

L'intervention s'imposait à bref délai, mais nous voulûmes nous renseigner, avant de la tenter, sur l'état du rein gauche. M. Albarran pratiqua le cathétérisme de l'uretère du côté gauche, le 24 décembre. L'orifice urétéral fut aisément découvert et l'on y introduisit une sonde n° 7, que l'on eut soin de ne pas pousser jusqu'au bassinet, pour éviter de faire saigner. On recueillit immédiatement

10 centimètres cubes d'urine et on laissa la sonde à demeure jusqu'à 2 heures de l'après-midi; l'on récolta isolément l'urine du rein gauche, et celle que le rein droit fournit pendant le même laps de temps; celle-ci, avec une sonde placée à demeure par l'urètre.

L'examen bactériologique de ces deux urines ne donna rien de spécial, mais les résultats de l'examen chimique démontrèrent de façon positive le bon état fonctionnel du rein gauche, et révélèrent une très notable altération du pouvoir éliminateur du rein droit. Aussi bien dans l'échantillon prélevé au moment de l'introduction de la sonde uretérale, que dans celui qu'elle fournit après avoir séjourné, M. Debains constata 20^{gr}, 50 d'urée par litre, tandis que, dans l'urine fournie par le rein droit, il n'en trouva que 5^{gr}, 10 par litre.

L'examen clinique avait posé l'indication de l'enlèvement du rein droit, l'examen chimique de l'urine du rein gauche nous autorisant à pratiquer cette opération. Elle fut faite le 27 décembre par M. Albarran; le rein enveloppé dans une couche graisseuse considérable, caché sous les côtes, est enlevé; son volume est presque normal; sur son extrémité supérieure fait saillie une tumeur du volume d'un œuf, molle, friable, en forme de tête de brioche; à la coupe on constate qu'un gros noyau qui lui fait suite pénètre jusqu'au voisinage du hile, il n'y a pas de ganglions. Vous avez pu observer le malade et constater que les suites de cette grave opération, d'ailleurs conduite sans aucun incident, ont été aussi favorables que possible, et que les constatations faites sur le rein gauche, grâce au cathétérisme de l'uretère, étaient bien de nature à nous faire compter sur son bon fonctionnement. La quantité d'urine s'est élevée à plus d'un litre dès le début et est arrivé rapidement à la normale.

Nous retrouvons, chez la femme entrée le 7 décembre, un état grave exigeant une prompte intervention, alors que le début des accidents était encore moins éloigné que dans le fait que nous venons de rapidement analyser.

Ce n'est, en effet, que le 14 juillet dernier, c'est-à-dire depuis moins de cinq mois, qu'avait eu lieu la première hématurie. Elle avait été totale, sans caillots, et de trois jours de durée. Une deuxième hématurie survint le 14 septembre, il y eut quelques caillots ; l'hématurie fut totale et ne dura que trois à quatre jours. Une troisième et dernière hématurie se produisit le 7 novembre et dura huit jours : celle-ci fut très abondante, sang rutilant, nombreux caillots. La malade est profondément anémiée, a perdu ses forces, quoiqu'elle n'ait plus vu de sang depuis cette époque.

La cystoscopie nous permit de constater que la vessie était en état complètement normal, ainsi que les orifices urétéraux; la palpation des régions rénales fut complètement négative à gauche; à droite, elle fit constater que le rein était mobile et pouvait, parfois seulement, complètement descendre au-dessous du rebord costal. Je pus dès l'abord constater qu'il était augmenté de volume, que sa face antérieure était un peu irrégulière et dure. Mais ces constatations ne purent être facilement répétées; le rein se cachait parfois dans sa loge et ne le quittait pas dans tous les examens. D'autre part, la malade disait avec insistance qu'elle ne souffrait pas à droite, tandis que, depuis plusieurs mois, elle éprouvait des douleurs à gauche. Ces douleurs mal définies ne pouvaient être localisées ni le long des filets nerveux intercostaux, ni dans les branches du plexus lombaire, elles n'avaient jamais eu le caractère néphrétique, et n'avaient pas coïncidé avec les hématuries. L'examen comparé des urines des deux reins ne devait d'ailleurs pas nous permettre de localiser le diagnostic. Contrairement à ce qui avait été reconnu dans le cas précédent, le cathétérisme urétéral, pratiqué aisément, permit de constater qu'à droite et à gauche les éliminations se faisaient dans des conditions identiques et normales. Nous n'avions pas obtenu, par l'étude de l'état fonctionnel des deux reins, la désignation du côté malade, mais nous étions dès lors certains qu'une néphrectomie pourrait au besoin être faite,

sans nous exposer aux terribles surprises de l'insuffisance, non prévue, du rein auquel le chirurgien confie la préservation de l'organisme. L'intervention fut décidée, et le rein droit mis à découvert présentait, lui aussi, une tumeur limitée à son extrémité supérieure, bosselant sa face antérieure en haut; il présentait en outre une notable augmentation de volume. L'opération, pratiquée le 5 janvier par M. Albarran, a eu les suites les meilleures.

II

On ne peut pas ne pas être frappé de l'évolution si lente de la maladie et de sa bénignité dans le premier cas, de la rapidité de sa marche et de l'extrême gravité des accidents, dans les deux autres. Tandis que tout démontre que, chez le vieillard de 70 ans, l'intervention chirurgicale eût été sans objet, l'on sent qu'elle seule ait éloigné le danger prochain qui menaçait nos deux autres malades. Il est impossible de douter qu'il existe une tumeur cancéreuse du rein droit chez celui-là, les signes les plus positifs l'affirment; il est permis, chez ceux-ci, d'avoir quelque hésitation sur la nature et le siège des lésions, bien que, pour plusieurs raisons, on soit en droit de penser que l'un et l'autre sont atteints, eux aussi, d'un cancer du rein droit.

La question fut, vous le savez, tranchée par l'intervention; je viens de vous dire les résultats. Il n'est pas moins intéressant, d'arrêter notre attention sur ces faits, ils deviennent d'autant plus instructifs. A vrai dire, les cas que nous étudions sont un peu exceptionnels pour ce qui a trait à leur évolution; mais, contrairement à ce que l'on pourrait penser *a priori*, ce sont ceux où l'évolution a été rapide, qui méritent d'être considérés comme rares.

Vous lirez dans la thèse très documentée de mon ancien interne, M. Guillet, professeur à l'École de médecine de Caen : « qu'en moyenne, le carcinome du rein a une durée plus longue que le carcinome des autres viscères ».

Roberts avait déjà énoncé cette opinion que confirment les recherches de M. Guillet. Cet auteur a étudié séparément la durée du carcinome et celle du sarcome, et il est arrivé à établir que la durée du carcinome fournissait une moyenne de trois ans et demi. Sur les 33 cas qu'il analyse, il y en a 5 dont la durée a été de quatre à dix ans, et 6 de dix ans et au-dessus. Pour ce même auteur, la durée du sarcome est encore plus longue que celle du carcinome; il ne s'agit, bien entendu, que d'observations relatives à l'adulte, car chez les enfants l'évolution des tumeurs sarcomateuses est très rapide.

Chez notre malade, il s'agit d'une tumeur dure ayant toutes les apparences du carcinome ; les premières hématuries qui en ont marqué le début remontent à quinze ans. J'ai reçu, il y a quelques semaines, des nouvelles d'un malade près duquel je fus appelé il y a dix ans, dans le département du Nord. Son médecin avait jugé imprudent de lui laisser faire le voyage de Paris, en raison de ses hématuries qui étaient abondantes. Je trouvai une grosse tumeur du rein gauche et ne conseillai pas l'intervention. Les hémorrhagies s'espacèrent et disparurent, mais la tumeur prit peu à peu un volume considérable; au mois de septembre dernier, elle remplissait une partie de l'abdomen, et le malade, devenu cachectique, allait prochainement succomber. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer de longues durées, chez des malades porteurs de grosses tumeurs au moment où ils me consultaient, et les survies de deux, trois, quatre et cinq ans que j'ai constatées, s'ajoutant aux années déjà écoulées, avant le moment où j'étais appelé à donner mon avis, me permettent de penser que la durée des tumeurs du rein dépassent fréquemment le chiffre moyen de 3 ans et demi à 4 ans généralement accepté. Les faits que j'ai observés me paraissent offrir d'autant plus d'intérêt au point de vue de la pratique, que la survie que j'ai constatée avait pour sujets des malades porteurs de grosses tumeurs du rein.

Chez notre vieillard de 70 ans, la pensée de l'intervention ne pouvait à aucun degré se présenter à l'esprit d'un chirurgien ; avec l'âge avancé de ce malade, l'excellente conservation de sa santé et l'absence de toute douleur, il ne pouvait en être autrement. Mais en supposant qu'il se fût présenté dix ans plus tôt et que sa tumeur eût été opérable, n'est-il pas permis de se demander si l'intervention aurait donné un résultat éloigné? Je ne fais que le répéter sans y insister, car ici nous sommes d'accord ; ce n'est pas aux tumeurs volumineuses du rein qu'il convient de s'attaquer. La gravité très grande de l'intervention en pareil cas, et la très exacte notion de l'évolution lente de beaucoup de tumeurs abandonnées à elles-mêmes, légitiment cette manière de voir. La néphrectomie doit être réservée aux tumeurs de moyen volume, à plus forte raison convient-elle aux tumeurs de petit volume. Et c'est pour cela que les deux malades, dont il nous reste à discuter les cas, nous offrent un si grand intérêt.

Je viens de vous le dire, et l'observation de nos malades vous l'avait appris : les accidents qui nous les conduisaient. étaient de nature à faire penser à des néoplasmes du rein. Leur gravité extrême obligeait à envisager de suite l'indication de la néphrectomie, mais chez l'un et chez l'autre, le diagnostic ne pouvait être entièrement établi; il était seulement très probable, et surtout appuyé sur la nature et la marche des hématuries. Chez l'homme de 51 ans, qui est encore au n° 1 de la salle Velpeau, des hématuries graves et répétées, survenues sans cause, guéries comme elles étaient venues, se succédaient depuis neuf mois et l'avaient épuisé; l'examen cystoscopique fait au mois de septembre, pendant une hématurie, avait fait voir que la vessie était saine et que l'uretère droit saignait ; de plus, au cours de ses nombreuses crises hématuriques, il y avait eu à plusieurs reprises des coliques à forme néphrétique, siégeant invariablement à droite. Il n'y avait donc pas de doute sur la provenance du sang et, par contre, sur le siège

de la lésion. Le rein droit devait être accusé. Mais il n'y avait pas de tumeur, et aucune de nos explorations ne nous permit de sentir la moindre augmentation de volume du rein. Fallait-il s'arrêter devant ce résultat négatif?

On dit, avec raison, que les deux principaux signes du cancer du rein sont : la tumeur et les hématuries. On donne habituellement le premier rang à la tumeur, et l'on comprend qu'on le lui assigne. Cependant, à vrai dire, la tumeur n'est presque jamais le signe révélateur du cancer du rein. Le hasard la fait rencontrer, mais l'attention du chirurgien n'est, de fait, attirée sur l'appareil urinaire que par les hématuries. C'est cet accident qui met le malade en sa présence, et l'hématurie, permettez-moi de le répéter avec quelque insistance, a une valeur sémiologique de premier ordre, quand elle se présente dans des conditions déterminées.

Je ne veux pas redire ce que j'ai si souvent, et depuis si longtemps, enseigné sur le caractère de « l'hématurie dénonciatrice » des néoplasmes de l'appareil urinaire. Mais aujourd'hui que la pathologie rénale progresse avec tant de rapidité, et nous donne tant d'occasions d'apprendre ce que nous ignorions, je crois utile de vous engager à ne pas oublier la signification habituelle des hématuries rénales abondantes ou répétées, qui surviennent sans cause et disparaissent de même ; qui apparaissent en pleine santé et la laissent immédiatement reparaître lorsqu'elles ont cessé, sans avoir trop duré. Sans doute, nous le savons maintenant de façon positive, le rein peut saigner, saigner abondamment, saigner de façon répétée, et pendant longtemps, pour beaucoup de raisons. Longue est la liste des lésions capables de provoquer des hématuries rénales. Mais il restera vrai, si j'en crois les résultats de mes observations, que les cas où l'hématurie rénale se présente avec des caractères analogues à ceux de l'hématurie des néoplasmes, mais sans néoplasme, resteront l'exception ; j'oserais dire : la très rare exception.

Il faut donc ne pas infirmer la règle, et continuer à penser au néoplasme, lorsque l'hématurie nous y invite. C'est pourquoi, dans le cas actuel, il ne nous a pas semblé possible de douter que le rein droit ne fût cancéreux. Vous savez que son extrémité supérieure seule était lésée, que son volume était à peine augmenté, et, que fixé comme il l'était par l'épaississement de sa capsule graisseuse, il ne pouvait être senti. Il ne l'eût été certainement que trop tard, si l'on avait eu la mauvaise inspiration d'attendre.

Chez la femme de la salle Laugier qui occupe actuellement le n° 8, nous n'étions sûr que d'une chose : l'hématurie n'était pas vésicale. La cystoscopie nous avait permis de nous en assurer dans de bonnes conditions, la malade étant entrée à Necker après cessation complète de sa dernière hématurie. Nous étions en droit de la déclarer rénale, mais dans l'impossibilité de désigner le rein malade. Ainsi que je vous l'ai dit, la palpation nous fit constater la mobilité du rein droit ; je remarquai, et je fis noter, l'augmentation de volume de ce rein, de même que l'état légèrement bosselé de la partie supérieure de sa face antérieure, ainsi que sa petite augmentation de consistance. Mais ce rein était mobile et l'on sait que des observations ont établi que d'importantes hématuries pouvaient se montrer sous la seule influence du déplacement de l'un des reins.

En raison des remarques que je viens de faire, je n'étais pas disposé à mettre sur le compte d'un changement de position du rein, une hématurie aussi intense et aussi grave dans ses effets anémiants, que celle dont la malade avait été atteinte le 9 novembre. De plus, j'accordais aux modifications que j'avais reconnues en palpant le rein droit une réelle valeur ; c'est, en effet, la règle que de tenir grand compte, en cas semblable, des légères différences que révèle la palpation. Si petites qu'elles soient, elles ont une véritable importance, dans les cas où l'hématurie présente nettement les caractères de celles qui trahissent la présence des néoplasmes.

Cependant, ainsi que je vous le rappelais tout à l'heure, la malade accusait avec insistance les douleurs qu'elle ressentait dans le flanc gauche. Mais cet état douloureux était très antérieur à la première et récente apparition de ses hématuries, et jamais, pendant qu'elles se produisirent, elles ne furent mises en valeur. J'étais d'ailleurs surtout influencé, je le répète, par la constatation des modifications du rein droit. Je dois ajouter du reste que, depuis longtemps, j'ai acquis la conviction qu'il fallait tenir bien peu compte, au point de vue sémiologique, des douleurs que pourrait développer la présence d'un néoplasme. Mon attention a cependant été particulièrement attirée sur l'étude de ce fait par la thèse de M. Guillet. Ce consciencieux auteur a noté le symptôme douleur 63 fois sur 79 observations ; il lui accorde, par conséquent, rang dans le diagnostic. Mais il note : que les crises douloureuses apparaissent souvent au moment des hématuries dont elles sont, dit-il, un signe précurseur; et il ajoute qu'elles prennent alors la forme de colique néphrétique. C'est, en effet, sous cette forme que j'ai vu fréquemment se produire la douleur dans les cas de cancer du rein qu'il m'a été donné d'observer; le malade du n° 1 salle Velpeau vous en a offert un bel exemple. Je suis très disposé à croire que, dans la plupart des cas, la douleur que provoquent les néoplasmes du rein ne se présente que sous la forme néphrétique; j'ajoute qu'elle n'est pas, en général, un signe précurseur de l'hématurie, mais un accident qui survient pendant son cours. Il est cependant facile de comprendre qu'avant que le sang ne s'écoule à l'extérieur, il puisse se coaguler dans l'uretère; néanmoins la coagulation, qui ne se montre guère que dans les hématuries abondantes, ne se produit, le plus souvent, que lorsque déjà elle s'est affirmée. Je ne pouvais donc accorder grand crédit aux dires de la malade, et penser avec elle que le péril hémorrhagique était à gauche.

Nous avions espéré que le cathétérisme des uretères,

en nous permettant d'étudier comparativement l'urine des deux reins, trancherait cette question du siège de la lésion. Vous vous souvenez que, chez le malade homme du n° 1 de la salle Velpeau, une différence considérable dans la qualité de l'urine des deux reins, nous avait à la fois renseignés sur le fonctionnement insuffisant du rein droit, et le fonctionnement normal du rein gauche. Ainsi que je vous l'ai dit, le fonctionnement des deux reins fut trouvé normal chez notre malade femme; et, bien que nous n'ayons pu ainsi résoudre la question du siège de la lésion, nous nous trouvâmes autorisés à intervenir, car nous n'avions rien à craindre de l'insuffisance rénale.

L'étude fonctionnelle du rein par l'intermédiaire du cathétérisme des uretères est, en effet, devenue, grâce aux recherches remarquables de M. Albarran, l'un des éléments essentiels du diagnostic des affections rénales, c'est aussi le guide le plus sûr de nos déterminations au point de vue de la néphrectomie. Dans le cancer du rein, alors même que nous avons localisé la lésion et que nous en avons déterminé la nature, il est indispensable d'étudier l'urine du rein opposé. Les lésions de la néphrite, dans les reins cancéreux, ne se rencontrent pas seulement dans le rein néoplasique, elles peuvent aussi exister dans son congénère. La communication faite par M. Albarran, à la dernière session de l'Association française d'urologie, a établi ces faits nouveaux et importants. Le cas que nous analysons montre que l'un et l'autre rein peuvent échapper aux atteintes de la néphrite, mais les faits sur lesquels s'appuie le travail de M. Albarran, établissent que nous avons très probablement rencontré une exception,

L'opération était d'ailleurs indiquée, à tout le moins, comme opération exploratrice, et autorisation nous était donnée à l'avance, par l'ensemble de nos investigations, pour la transformer séance tenante en opération curatrice. Quand le chirurgien prend le bistouri dans semblables conditions pour explorer, il peut être certain qu'il aura à

s'en servir pour accomplir entièrement l'acte chirurgical qu'il a prévu. Je me permets de vous faire cette remarque, puisque j'ai depuis longtemps cherché à définir l'exploration chirurgicale en disant : Confirmer, plutôt que révéler, est le véritable rôle de l'exploration chirurgicale; telle pourrait être sa formule.

Il en avait été de même, dans l'intervention pratiquée sur le malade du n° 1 de la salle Velpeau. Mais chez lui, ainsi que vous le savez, nous n'avions aucun doute sur le siège de la lésion, nous possédions les preuves les plus certaines de sa localisation à droite et nous n'hésitions guère sur sa nature. Il n'en était plus de même chez la femme, et cependant, dans ces deux cas, il fallait qu'un diagnostic précoce nous permît d'agir utilement.

Vous le voyez, il nous est actuellement possible de satisfaire à cette indication primordiale de la thérapeutique chirurgicale des cancers du rein. Les perfectionnements apportés aux procédés de palpation avaient paru la condition principale de ce progrès nécessaire au véritable avenir de la néphrectomie. Elle est, en effet, l'un de ses moyens les meilleurs; mais ce serait s'exposer à trop attendre pour agir à propos, que de s'en remettre exclusivement à elle. Lorsque, comme chez notre malade du n° 1, les hématuries ont la franche allure des hématuries des néoplasmes, que la cystoscopie dénonce le côté malade, ou que les crises néphrétiques suivies ou accompagnées de l'expulsion de caillots moulés, se répétant du même côté, l'accusent tout aussi sûrement, vous êtes autorisés à mettre le rein à nu sans vous attarder à constater son augmentation de volume. Vous avez le droit de l'enlever si vous le trouvez malade, à la condition de vous être assuré, au préalable, du bon fonctionnement du rein opposé. Le cathétérisme urétéral pourra d'ailleurs, dans la majorité des cas, vous désigner le côté malade, puisque, le plus souvent, le rein cancéreux est atteint de néphrite et que sa fonction est amoindrie. C'est un nouveau et précieux auxiliaire du

diagnostic, qui peut contribuer à nous y faire arriver de bonne heure. La cystoscopie, à côté du précieux avantage de montrer le saignement urétéral, a le grand inconvénient d'obliger à attendre le retour d'une hématurie pour devenir positive dans ses résultats. Nous savons, l'exemple de la femme de la salle Laugier nous le montre, qu'elle peut beaucoup tarder, même dans les cas graves. Pour notre malade, la palpation, grâce à la mobilité du rein malade, a repris tous ses droits. Vous ne pouvez trop en répéter l'emploi. Vous venez de vous trouver en face d'un cas de mobilité intermittente, qui a fait hésiter plusieurs d'entre vous à localiser la lésion à droite; dans d'autres circonstances, il vous arrivera aussi de ne réussir qu'après avoir plusieurs fois échoué.

Lorsque vous êtes en présence d'un malade hématurique, et qu'au symptôme hématurie ne s'en associe aucun autre, lorsque la vessie est reconnue indemne par la cystoscopie, attachez-vous à la recherche d'une lésion rénale cancéreuse. Étudiez attentivement les urines totales, afin de savoir si elles ne subissent aucune autre modification, que celles qui résultent du mélange du sang; faites l'analyse comparative de l'urine des deux reins en pratiquant le cathétérisme des uretères, multipliez sans compter les recherches de la palpation méthodique. N'abandonnez l'idée d'un néoplasme encore peu développé, que lorsque vous aurez trouvé une autre explication de l'hématurie, et, pour peu qu'il vous reste des doutes, pratiquez une opération exploratrice dès que vous saurez quel est le côté qui saigne. Vous utiliserez ainsi, au mieux des intérêts de vos malades, les éléments qui permettent le diagnostic précoce des tumeurs cancéreuses du rein.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard 19, rue des Saints-Pères. — 38907